

(Ce document est à remplir obligatoirement par le(s) responsable(s)
légal(aux) de l'enfant - (1) Joindre photocopie merci)

- **Nom du responsable (Père/Mère) :**

Prénom :

Adresse :

Tél. portable :

@ :

- **Nom du responsable (Père/Mère) :**

Prénom :

Adresse :

Tél. portable :

@ :

- **Vos prestations Sociales et Familiales (1)**

Quotient Familial (1) :

N° allocataire :

CAF Ardèche CAF Drôme MSA Bourses départementales

Autres :

- **Nom de l'enfant :**

Prénom :

Né(e) le :

- **Nom de l'enfant :**

Prénom :

Né(e) le :

- **Nom de l'enfant :**

Prénom :

Né(e) le :

- **Nom de l'enfant :**

Prénom :

Né(e) le :

Médecin traitant :

Numéro de téléphone :